Aus der kgl. chirurgischen Klinik zu Marburg.
(Direktor: Prof. Dr. König.)

Resektion des Ileocoecal-Teiles wegen Invagination durch submuköses Lipom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Marburg

vorgelegt

von

Karl Wilhelm Andrée,
prakt. Arzt in Fritzlar (Hessen).

Marburg
1913.

Aus der kgl. chirurgischen Klinik zu Marburg.
(Direktor: Prof. Dr. König.)

Resektion des Ileocoecal-Teiles wegen Invagination durch submuköses Lipom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Marburg

ACAD. LUGD BAT BIBL

vorgelegt

von

Karl Wilhelm Andrée,
prakt. Arzt in Fritzlar (Hessen).

Marburg
1913.

Von der medizinischen Fakultät zu Marburg als Dissertation angenommen
am 27. III. 13.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Prof. **König.**

Die Dissertation erscheint gleichzeitig in den
„Beiträgen zur klinischen Chirurgie“ Band LXXXV, Seite 115—123.

Druck von H. Laupp jr in Tübingen.

Gewidmet

dem Andenken meiner lieben Frau

Tita-Marie Andrée

geb. Claessen

und

meiner Mutter, der Erzieherin meines Sohnes, Frau

Fanny Andrée

geb. Roser

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554030_0053

Nur wenige Fälle, in denen ein inneres Darmlipom die Ursache einer Invagination des Darmes war, sind bisher bekannt. Im ganzen sind es siebzehn; von diesen siebzehn Fällen wurde bei acht der Versuch gemacht, durch eine Resektion des invaginierten Teiles und anschließende Darmnaht Heilung herbeizuführen. Wie E h r l i c h berichtet, wurde bei fünf von diesen acht die Operation von Erfolg begleitet, so daß es wohl der Mühe wert erscheint, einen weiteren Fall zu berichten. Es sei mir an dieser Stelle gestattet, Herrn Professor Dr. K o e n i g, der den Fall operiert hat und mir sein Präparat zur Verfügung stellte, für die Ueberlassung der Bearbeitung meinen besten Dank auszusprechen.

Der vorliegende Fall ist der sechste, bei welchem durch Resektion des invaginierten Darmteiles die Gesundheit wieder hergestellt wurde. Es handelt sich um eine Invagination des Ileum in das Coecum und Colon ascendens.

Ich beginne mit der Krankengeschichte, weil diese gelegentlich zum Vergleiche mit anderen Fällen herangezogen werden wird.

Fräulein M. S., 66 J., aus F., wurde am 9. X. 12 in die chirurgische Klinik zu Marburg aufgenommen. Pat. früher nie krank. Vor etwa fünf Wochen waren zuerst starke Schmerzen im ganzen Unterleibe mit sehr häufigen Brechanfällen aufgetreten. Diese Schmerzen zogen

nach Angabe der Kranken die Bauchmuskulatur krampfartig zusammen und wiederholten sich oft mehrmals innerhalb kurzer Zeit; sie dauerten unterschiedlich fünf bis zehn Minuten, manchmal sogar auch eine halbe bis eine ganze Stunde lang, besonders nachts verstärkten sich die Beschwerden. Der Stuhlgang war stets etwas angehalten, von gelegentlichen Durchfällen oder Blutbeimischungen weiß die Kranke nichts; wie sie überhaupt angibt nie krank gewesen zu sein. In den ersten vierzehn Tagen konnte die Pat. am Tage immer noch einige Stunden außerhalb des Bettes zubringen; dies war ihr in den letzten drei Wochen unmöglich geworden. Während seit einer Reihe von Jahren Anfälle von Würgen ohne wirkliches Erbrechen häufig vorkamen, kann die Kranke jetzt nicht einmal mehr Speisen bei sich behalten, sie muß durch Klystiere ernährt werden. Deshalb und weil sich die Schmerzen ins Unerträgliche steigern, suchte die Erkrankte in der Klinik Hilfe.

Befund (9. X. 12): Sehr schmale, eingefallene, blasse, alte Frau von schlechtem Ernährungszustande, vollständig ausgetrocknet. Herz und Lungen gesund; Bauchdecken stark gespannt, auf Druck empfindlich schmerzhaft; durch sie hindurch kann man deutlich Darmbewegung erkennen. Rechts ist etwas unterhalb der untersten Rippe ein Tumor fühlbar, dessen Charakter sich nicht bestimmen läßt.

15. X. 12 Operation in Aethernarkose (tropfenweise). Im Hypogastrium Schrägschnitt durch die Muskulatur. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich das Ileum ca. 20 cm weit in das Colon eingestülpt. Es wird daher die Resektion des Darmteiles zwischen dem freien Teile des Ileum und dem Colon, jenseits der gut durchfühlbaren invaginierten Partie, vorgenommen. Der Verschluß der offenen Darmteile des Colon und des Ileum wurde durch Muscularis- und Serosa-Naht der getrennten Teile, die Darmpassage durch Seitenanastomosenbildung bewerkstelligt. Darauf die Bauchwunde teilweise austamponiert und im übrigen durch Nähte geschlossen.

25. X. 12: Wunde bis auf den tamponierten Teil per primam geheilt. Nähte entfernt; Tamponade gelockert. — 28. X. 12: Gutes Allgemeinbefinden, doch sondert die Wunde ziemlich reichlich ab. — 2. XI. 12: Färbung des Verbandes zeigt eine Kotfistel an; Wundränder sind unterminiert und gerötet. — 8. XI. 12: Wunde erweitert und drainiert. — 18. XI. 12: Wunde ziemlich weit unterminiert und gerötet; sie muß noch mehr erweitert werden; es wird breit tamponiert; im lateralen Wundwinkel findet sich die ganz kleine Kotfistel, die noch immer durchlässig ist. — 22. XI. 12: Allgemeinbefinden wechselnd, ab und zu treten Oedeme auf, welche auf Digalen prompt zurückgehen. — 2. XII. 12: Kotabsonderung aus der Fistel hat nachgelassen, Allgemeinbefinden hebt sich langsam, Appetit und Schlaf befriedigend. Durch die Kotfistel ist die vollständige Wiederherstellung etwas hinausgeschoben worden; die Einzelheiten der weiteren Krankengeschichte interessieren hier nicht; die Kranke hat sich außerordentlich erholt und geht ihrer völligen Genesung entgegen.

Beschreibung des Präparates (s. Figur S. 3).

Es handelt sich um ein submuköses, haselnußgroßes Lipom des Ileum, das durch die Valonta coli, über der es ziemlich dicht seinen Sitz hatte, hindurchgetreten ist und nun einen derben, zweimal zirkulär eingeschnürten Strang von ca. 20 cm Länge nach sich ziehend im Colon liegt. An der Spitze dieses invaginierten Teiles liegt das erwähnte Lipom, das wie der noch später zu beschreibende, mikroskopische Befund zeigt, im Stadium des sich Abschnürens auf entzündlichem Wege ist.

Der invaginierte Darmteil ist, wie gesagt, ca. 20 cm lang, im Durchschnitt teilweise bis zu 4 cm breit und füllt die Höhlung des Coecum und Colon nahezu vollständig aus. Er war also sehr wohl imstande festen Kotbestandteilen den Durchgang durch den Dickdarm zu verlegen. Tatsächlich findet sich auch nur eine knapp für einen dünnen Bleistift durchgängige

Stelle am Ring der Klappe, durch die nur mit Mühe und unter krampfartigen Kontraktionen der Bauchmuskulatur Flüssigkeit hindurchgepreßt werden konnte.

Das Lipom selbst ist durch einen dritten Schnürring von seinem Anhängsel abgeteilt. Der ganze invaginierte Darmteil ist von der Tunica mucosa überkleidet; der Inhalt des vom Lipom hinter sich hergezogenen Sackes besteht aus derbem Mesenterialbindegewebe. Der Sitz des Lipoms vor seiner Wanderung ist dicht an der Valonta coli im Ileum und zwar an dessen dem Rücken zugekehrten Seite gewesen; von dorten gehen auch die Mesenterialbindegewebsstränge aus, die den Mucosasack ausfüllen, dorten inseriert der ganze Sack selbst. Interessant ist auch, daß dicht neben der Insertion des invaginierten Darmteiles eine kleine, entzündete, etwa bohnengroße Mesenteriallymphdrüse liegt.

Mikroskopischer Befund: Es handelt sich um ein Lipom, das unter der Tunica submucosa entstanden ist. Die Fettzellen sind von geringem Bindegewebe durchwachsen; an der dem Mesenterialbindegewebe zugekehrten Stelle ist durch die reichliche Ansammlung von Leuko-

cyten eine Entzündung nachweisbar; zum Teil ist die Demarkationslinie schon ausgeprägt. Diese Stelle entspricht dem oben erwähnten dritten Schnürringe. Die Entzündung ist soweit vorgeschritten, daß die Absetzung des Lipomes vom nachgezogenen Strange in einigen Tagen zu erwarten ist. Dadurch würde das Aussehen des Präparates ein ganz anderes werden. Ob der Gedanke an ein Lipom nach Abschnürung und Entfernung desselben auf natürlichem Wege, ohne daß dies durch einen Zufall beobachtet wurde, erörtert werden würde, erscheint recht zweifelhaft; weil derartige Krankheitsbilder noch recht selten beobachtet wurden; das stürmische Auftreten der Krankheitserscheinungen ist in diesem Falle die Ursache, daß operiert werden mußte und so das Präparat gewonnen werden konnte. Wären die Anfälle weniger stürmisch gewesen, die Krankheit also in der vorkommenden und anfangs vorhanden gewesenen milden Form fortgeschritten, so hätte man später die seitliche Darminvagination gefunden, ohne sich die Ursache derselben erklären zu können.

Aus der Literatur finde ich, daß die Angaben, die Hiller 1899 auf Grund einer Zusammenstellung von 21 Fällen machte, durch die Veröffentlichung einzelner Fälle, wie derjenige Hahn's im Jahre 1900 und der beiden von Langemak in derselben Zeit, ferner durch die Zusammenstellungen von Hellström 1910 und später 1911 von Ehrlich im großen und ganzen bestätigt wurden. Wenn auch natürlich jeder einzelne Fall seine Eigentümlichkeit hat und bei der Seltenheit des Vorkommens der Darmlipome wert ist bekannt zu werden.

Im ganzen sind es 52 Fälle, über die Ehrlich in seiner Zusammenfassung statistisch etwa folgendes berichten kann:

Das Lebensalter, in dem Darmlipome nachgewiesen werden konnten, ist, wie schon Hiller sagte, das dritte Dezennium; der älteste, bekannte Patient war 83 Jahre alt.

Das Geschlecht hat keinen Einfluß auf die Bildung der Darmlipome. Die bekannten 43 Fälle, in denen über das Geschlecht Mitteilungen gemacht wurden, sind annähernd gleich auf beide Geschlechter verteilt. Bei 20 Männern und 23 Frauen wurde die Erkrankung festgestellt. In 10 Fällen der im ganzen auf 53 mit dem unsrigen gestiegenen Statistik fehlen leider die Angaben über das Geschlecht des Erkrankten.

Die Dauer des Bestehens ist schwankend, die Anamnese ist hier teilweise recht schwierig, weil in den oberen Darmpartien naturgemäß schon haselnußgroße Hindernisse sich recht störend bemerkbar machen, während im Dickdarm solche von Mannesfaust- oder Orangengröße erst zum Darmverschluß führten. Das langsame Wachstum, durch das diese Art von Geschwülsten sich auszeichnen, läßt daher die Möglichkeit der Annahme zu, daß Darmlipome schon länger als drei Jahre ja bis zu fünf Jahren (Hiller) bestanden, ehe sie sich bemerkbar machten.

Was den Sitz der Darmlipome anbetrifft, so sind die Angaben Hiller's durch die Ehrlich's, der die Resultate Hellström's durch die Aufzählung von sieben weiteren Fällen ergänzt, vollauf bestätigt. Hiller berichtet allgemein: „Die Zahl der Fälle von Darmlipom ist im Dickdarm doppelt so groß, wie im Dünndarm.“ Dasselbe Resultat hat Ehrlich.

Hiller berichtet über 20 Fälle, Ehrlich hat deren 52, die sich folgendermaßen verteilen. Gefunden wurde im Magen 3 (1) [1]), im Dünndarm 24 (6), und zwar im Duodenum 6 (1), im Jejunum 6 (2), im Ileum 9 (1), im Colon 24 (14). Bei 4 (1) Fällen fehlen die Angaben über den Sitz der Geschwulst. Im Colon verteilt sich die Zahl etwa zu gleichen Teilen, die eine Hälfte ist im Colon-Coecum und ascendens zu finden, die andern in der Flexura sigmoidea und in der Aftergegend. Nothnägel (zit. Hiller) gibt als den Lieblingssitz der Darmlipome das Rectum an, als nächst häufigsten Fundort bezeichnet er das Ileum; dieser Ansicht ist auch Ehrlich, denn er gibt an, daß unter den ihm bekannten 52 Fällen von Darmlipom 24 mal ein solches im Dickdarm gefunden wurde, 9 mal fand man die Geschwulst im Ileum, je 6 mal im Duodenum und Jejunum.

1) Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die von Hiller mitgeteilten 20 Fälle.

Als Ausgangsstelle für die Darmlipome kommen im Grunde genommen nur die Mucosa und Submucosa in Betracht, denn wenn die Geschwülste weiter außen am Darm aufkommen, so ist die Gefahr des Wachstumes nach dem Darminnern zu gering, diese wachsen nach außen in die Bauchhöhle.

Die äußeren Lipome bedrängen das Lumen des Darmes für gewöhnlich nicht und werden infolgedessen selten oder nie bemerkt, wenigstens in vivo nicht. Und in der Tat konnte Hiller nur 2 Fälle von Darmlipom aufzählen, in denen äußere Lipome in Betracht kamen; beide sind von Virchow berichtet. Marchand bringt einen Fall von subserösem Lipom an die Oeffentlichkeit. Sicher ist, daß bei Autopsien und gelegentlich anderer Operationen (wie z. B. Langemak einen Fall von innerem Darmlipom, der gelegentlich einer Laparotomie aus anderem Grunde zufällig beobachtet wurde, berichtet) zahlreiche Lipome gefunden werden. Schon der Sitz der äußeren Lipome macht diese Geschwülste in vivo recht selten bemerkbar oder gar gefährlich.

Die inneren Darmlipome müssen, je nachdem sie im Dünndarm oder im Dickdarm ihren Sitz haben, früher oder später Beschwerden machen. Natürlich können sich die Dünndarmlipome nicht in dem Maße ausbilden und ausdehnen, wie die des Dickdarmes, denn die örtlichen Verhältnisse machen dies unmöglich. Aber auch die Art des Aufsitzens ist in Betracht zu ziehen, so machen zum Beispiel Lipome mit breiter Basis und lappigen oder zottigen Auswüchsen weniger leicht Beschwerden als gestielte, weil die ersteren von den den Darm passierenden Massen an die Seite gedrängt werden, während gestielte, namentlich solche, die polypös mit lang ausgezogenem Stiele in den Darm hineinragen, immer zum Mitgehen gedrängt und gezerrt werden. Die gestielten Formen sind aber auch diejenigen, die infolge ihres Anhanges und die dadurch behinderte Darmpassage am meisten beobachtet werden. So berichtet Hiller in seiner 21 Fälle umfassenden Zusammenstellung allein über 6 Fälle, in denen entweder durch allmähliches Durchreißen des Stieles oder dadurch, daß der Stiel mit dem Lipom aus dem After heraushing und so leicht abgetragen werden konnte, Heilung eintrat.

Wenn Ehrlich neuerdings kaum über mehr Fälle solcher Selbstheilung durch Abreißen und Entleeren der Geschwulst berichten kann, so ist das wohl dem Umstande zuzuschreiben, daß man sich vor 25 Jahren noch nicht so rasch und leicht zur Laparotomie entschließen konnte, wie man heute unterstützt durch langjährige Erfahrung und Gewohnheit dies tut.

Gerade die gestielten Formen des Lipomes führen zu den so gefährlichen Darminvaginationen und zwar verhältnismäßig häufig. So berichtet schon Hiller, daß er unter seinen 20 Fällen 9 mal Invagination fand. Ehrlich kann noch von weiteren 8 Fällen berichten, so daß von 52 bekannten Fällen 17 zur Invagination führten, also ein Dritteil aller bekannten Fälle.

Entsprechend der Häufigkeit des Vorkommens der Lipome im Darm, wie dies oben besprochen wurde, verteilen sich diese 17 Fälle von Invagi-

nation in folgender Weise auf die verschiedenen Darmpartien: Es wurden festgestellt 7 Invaginationen des Colon und Rectum und 9 des Dünndarmes, zu denen jetzt als 10. Fall der unsrige tritt. 4 mal war das Ileum, 3 mal das Jejunum, 2 mal die Regio ileocolica (als 3. Fall der aus der Marburger Klinik, der im Vorhergehenden beschrieben wurde), 1 mal wurde der Sitz der Invagination nicht bekannt gegeben.

Die Länge des invaginierten Teiles war verschieden, jedoch wurde von der enormen Länge von 1 m 28 cm Darm, der ineinander steckte, berichtet (N i n a u s).

Je nach der Länge und der Art der Invagination sind natürlich auch die Erscheinungen, auf die ich später noch zurückkomme, verschieden stürmisch und wechselnd; wie auch Erbrechen und Krämpfe mit Durchfällen oder vollständiger Darmverschluß oder angehaltener Stuhl vorkommen und sich gelegentlich ablösen.

Die P r o g n o s e ist von den verschiedensten Umständen abhängig zu machen. Ist der untere Teil des Dickdarmes betroffen, so ist die Hoffnung per anum die Abtragung bewerkstelligen zu können und wie dies in einem Falle (V o i s) geschehen ist, die Invagination, statt sie abzutragen, durch Wassereingüsse reponieren zu können, vorhanden, dagegen ist in den oberen Darmpartien eine günstige Wendung nur durch Laparotomie zu erwarten, und auch dann kommt es sehr darauf an, ob der Kranke noch mit Erfolg operierbar ist. Vorherige Erschöpfung, Gangrän, Adhäsion oder Peritonitis, als Folge der Invagination, haben nach H i l l e r 5 mal zum Tode des Erkrankten geführt, trotz Operation in den letzten 3 Fällen. N i n a u s konnte aber auch einen Fall berichten, in dem wunderbarerweise das invaginierte Stück spontan abgestoßen und entleert wurde; es handelte sich um eine über meterlange Invagination des Dünndarmes.

Ueber die Heilung einer Invagination durch R e s e k t i o n des invaginierten Darmteiles mitsamt dem Lipom berichtet H a h n im Jahre 1900 als erster; sein Fall bietet noch insofern Interessantes, als er auch der erste veröffentlichte Fall ist, in dem ein inneres und ein äußeres Darmlipon zugleich gefunden wurden.

Das Vorkommen mehrerer Darmlipome ist selten; S a n g a l l i war der erste, der hierüber berichten konnte, er war lange Zeit der einzige, der mehrere (zwei) Darmlipome vorgefunden hatte. In dem H a h n'schen Falle waren es nicht ein inneres und ein äußeres, sondern H a h n berichtet von fünf Darmlipomen und teilt zugleich noch mit, daß er noch Residuen eines sechsten gefunden habe.

L a n g e m a k berichtet kurz nach H a h n von der Heilung der Invagination infolge von Darmlipom nach Resektion der Regio ileocolica. In seinem Falle wurde die Heilung durch eine Kotfistel in ähnlicher Weise verzögert, wie dies auch in unserem Falle eingetreten ist.

E h r l i c h berichtet von 13 Operierten im ganzen, in 8 Fällen wurde die Resektion der invaginierten Darmpartie vorgenommen. Der Sitz der Inva-

gination war 4 mal im Dünndarm und 4 mal im Dickdarm, 2 mal von den 3 Fällen, in denen das Jejunum betroffen war, bekanntgegeben von Hahn und von Ward, gelang die Operation, während sie 1 mal vergeblich war bei Studsgard; 1 mal war das Ileum betroffen (Steinthal-Hiller), hier trat nach der Operation der Exitus letalis an Peritonitis ein.

Die 4 Dickdarmresektionen wurden von Ehrlich, Hellström, Langemak und Hofmokl veröffentlicht, hier waren die 3 ersteren Fälle von Erfolg begleitet.

Der beschriebene Fall aus der Marburger chirurgischen Klinik ist also der zweite Fall, in dem die Resektion der Regio ileocolica mit Erfolg gemacht wurde.

Interessant ist, daß bisher die Diagnose auf Darmlipom und infolge dessen eingetretene Invagination noch nie gestellt werden konnte. Als praktischer Arzt habe ich mich für die Frage besonders interessiert und habe zunächst an die Hiller'sche Beschreibung der klinischen Symptome angeknüpft. Hiller verfolgt den Darmtractus vom Magen an und findet die klinischen Symptome, die durch die Verlegung der Darmpassage auftreten und die je nach der Stelle, wo diese erfolgt, verschiedene sind.

So wird eine Pylorus-Verlegung sich mehr durch das Gefühl der Völle im Magen, Aufstoßen und Erbrechen kenntlich machen und man wird eventuell das Hindernis fühlen können, ohne allerdings damit sagen zu können, welcher Art es ist.

Bei Auftreten in der Gegend der Papille im Jejunum findet man Gallenstauung und Pankreasretention, die in der akutesten Form auftreten und äußerst stürmische Erscheinungen hervorrufen können; auch gelegentlich Invaginationen zur Folge haben.

Im Dünndarm sind die Symptome meist weniger stürmisch, es wechseln Durchfälle mit Obstipationen ab, bis das Leiden, das oft jahrelang erduldet wird, zum Darmverschluß führt.

Aufgefallen ist mir die Angabe, daß die Kranken das Gefühl haben, als „ob etwas im Darm vorrückte und dann wieder zurückkäme". Es ist das eine Erscheinung, die ich bei einer chronischen Invagination durch die Bauchdecken hindurch einmal sehen und fühlen konnte.

Es handelte sich um einen etwa 30 Jahre alten Arbeiter, bei dem ich rechts in Nabelhöhe beginnend längere Zeit eine sich immer mehr vergrößernde Geschwulst beobachten konnte, die während der durch die dünnen Bauchdecken sichtbaren Darmperistaltik sich nach oben und links schob, vergrößerte und nachher wieder zurückging. Ich konnte wie gesagt, damals diese Erscheinung, die nicht zum Darmverschluß führte, längere Zeit beobachten, zuletzt war die wurstförmige Geschwulst vom r. Darmbeinkamm ausgehend etwa 20 cm lang und bis über die Mittellinie. Das, was Herr Dr. Haun, in dessen Praxis ich die Erscheinung zu beobachten Gelegenheit hatte, und ich sahen und fühlten, drückte auch dieser Kranke so aus „daß er etwas vorrücken fühle, als ob es im Darme weiter wolle und das dann wieder zurückkäme". Herr Dr. Hann und ich waren damals der Ansicht, daß die Diagnose auf

Invagination zu stellen sei, ich möchte sagen, weil wir eben durch die Bauchdecken hindurch den Vorgang der sich im Laufe der Zeit ständig vergrößernden Invagination beobachten konnten. Und in der Tat wurde durch die in Gießen vorgenommene Laparotomie unsere Diagnose bestätigt.

Im Dickdarm sind die Erscheinungen wieder andere, meist ist Jahre lang andauernde, hartnäckige Obstipation, hervorgerufen durch das allmählich immer stärker werdende Hindernis, die erste und am längsten beobachtete Erscheinung, wie das auch in unserem Falle so war; ist der Sitz distal, so werden die Geschwülste häufig durch den After sichtbar. Im übrigen machen sich diese Geschwülste im Dickdarm meist weniger bemerkbar, weil sich durch das größere Darmlumen und die Dehnbarkeit des Dickdarmes eine Passage durch den Darm trotz der Hindernisse erklären läßt, und sie erst dann lästig werden, wenn sie größere Dimensionen angenommen haben.

Alle diese Erscheinungen können aber auch von anderen Geschwülsten und aus anderen Ursachen herrühren. Die Diagnose auf Darmlipom zu stellen, wird stets recht schwierig bleiben, denn außer einer ganz genauen Anamnese wird es wichtig sein, andere Krankheitsbilder vollständig auszuschalten. So wird differentialdiagnostisch eine chronische Perityphlitis ähnliche Erscheinungen machen, z. B. kann dann ein Tumor sehr häufig festgestellt werden, ebenso können Durchfälle mit Kotverhaltung wechseln, doch wird die Temperaturerhöhung und der typische Sitz weniger an ein Darmlipom denken lassen. Auch Darmtuberkulose kann differential-diagnostisch in Frage kommen, doch wird hier die bakteriologische Stuhlkontrolle bald ein klares Bild schaffen. Die Wanderniere wird schließlich auch einmal in Frage kommen können, wenn sie durch ständigen Druck auf den Darm die Ursache der Behinderung der Darmpassage wird.

Auch das Darmcarcinom wird gelegentlich ausgeschaltet werden müssen, ehe man an Darmlipom als Ursache der Erkrankung denken kann. Hier sind Blutungen häufig und in geeigneten Fällen werden die Zellen der zerfallenden Geschwulst im mikroskopischen Befunde über die Diagnose keinen Zweifel lassen.

Polypen und Divertikel sollen nach T r e v e s in 8% der vorkommenden Fälle die Ursache der Invagination sein.

W i c h m a n n findet, daß von 134 Fällen, wo Tumoren bei Invagination vorkamen, 11 Lipome die Ursache waren. Das sind in 8,2% der Fälle.

Um nun festzustellen, ob aus der Anamnese und dem Befunde eventuell auf Darmlipom die Diagnose gestellt werden kann, habe ich die Fälle, in denen Symptome in der Anamnese oder im Befunde angegeben wurden, zusammengestellt. Es sind im ganzen 14. Doch die Erscheinungen, die angegeben werden, lassen keineswegs zu, aus ihnen die Diagnose auf Darmlipom zu stellen; es sind vielmehr die Kennzeichen der Invagination mit allmählich einsetzendem Darmverschluß. 10 mal ward von habitueller Stuhlverhaltung, 10 mal von Schmerzen im Unterleibe, je nach dem Sitze, lokalisiert, mit mehr oder

weniger starker Neigung zum Erbrechen, 4 mal von Kolik und 6 mal von Blutbeimengungen berichtet; das letztere war in den Fällen, wo die sogenannte natürliche Heilung, das heißt Ablösung des Lipomes mitsamt dem Stiele oder gar des ganzen invaginierten Darmteiles und Entleerung per anum, stattfand.

Tumoren wurden 7 mal nachgewiesen, Durchfälle und der Wechsel von Durchfall und Obstipation 3 mal; 2 mal das typische Gefühl der Invagination, eben das Gefühl, „als ob etwas den Darm passieren wolle und nicht könne", angegeben.

Kurz gesagt, auch auf Grund der Anamnese und des Befundes wird sich wohl nie die Diagnose auf Invagination infolge von Darmlipom stellen lassen. Jedenfalls ist sie noch nie mit Sicherheit gestellt worden.

Literatur.

Blauel, Zur Mechanik der Invaginatio ileocoecalis. Bruns' Beiträge. Bd. 68. 1910. — Ehrlich, Zur Kasuistik der Intestinallipome. Ebenda. Bd. 71. 1911. — Hahn, Zur Kasuistik der Darmlipome. Münch. med. W. 1900. S. 288. — Hellström, Kasuist. Beiträge zur Kenntnis der Intestinallipome. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 84. 1906. XXI. — Hiller, Ueber Darmlipome. Bruns' Beiträge. Bd. 24. 1899. — Langemak, Zur Kasuistik der Darmlipome. Ebenda. Bd. 28. 1900. — Link, Mannsfaustgroßes Lipom des Colon descendens. Wien. klin. W. 1890. Nr. 13. — Marchand, Demonstration eines Präparates von Invagination. Berl. klin. W. 1896. 6. — Ninaus, Fall von Invagination. Sitzungsbericht des Vereines d. A. in Steiermark 1871. — Studsgard, Einige Fälle von Darmresektion. Nord. med. Arkiv. 1894. — Vois, Lipom i. Rectum med. Invagination af Tarmen. Norsk. Magazin for Lagevidenskal 1881. — Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1863.

Lebenslauf.

Ich, Karl Wilhelm Andrée, geboren am 27. August 1874 zu Höchst am Main als Sohn des praktischen Arztes Herrn Dr. med. Emil Andrée und seiner Gemahlin Fanny geb. Roser, habe die Vorschule und das Gymnasium zu Marburg in Hessen bis zur Untertertia besucht, kam dann auf das Lyzeum nach Schwäbisch Hall und später in das Gymnasium zu Solms-Laubach, wo ich an Ostern 1892 mit der Versetzung nach Obersekunda die Berechtigung zum einjährig-freiwilligen Militärdienst erhielt. Ich widmete mich dann zunächst der Kaufmannschaft und war 2½ Jahre im Medizinaldrogengeschäft J. M. Andreae zu Frankfurt a. M. als Lehrling tätig. Vom Herbst 1894 an genügte ich bis Herbst 1895 meiner Militärpflicht als Einjährig-Freiwilliger im Kurhessischen Jäger-Bataillon Nr. 11 zu Marburg in Hessen, wo ich zu gleicher Zeit als stud. chem. inskribiert war. In der Zeit vom Herbst 1895 bis 1897 im Herbst absolvierte ich in Solms-Laubach die Obersekunda und beide Primen, diese Zeit war im Frühjahr 1897 durch eine achtwöchentliche Uebung beim Regiment „Kaiser Wilhelm II" Nr. 116 in Gießen unterbrochen. Im Wintersemester 1897—1898 bezog ich dann als stud. med. die Universität meiner Heimatstadt Marburg, Ostern 1899 bestand ich das tentamen physicum, im Winter 1899—1900 und dem darauffolgenden Sommer war ich in Tübingen, dann wieder in Marburg, wo ich im März 1903 approbiert wurde. Als Schiffsarzt beim Norddeutschen Lloyd war ich fast zwei Jahre in Hongkong stationiert, um von dorten aus die Schiffe des Lloyd an der chinesischen Küste als Arzt zu begleiten; ich kam auf diese Weise nach Singapore, Siam, die Chinaküste bis Shanghai, Japan, den deutschen und niederländischen Südseeinseln, Westindien und nach Australien. Im Frühjahre 1905 zurückgekehrt, wurde ich Gehilfsarzt am Landkrankenhause zu Hersfeld, woselbst ich mich mit Fräulein Maria Claessen, Tochter des Herrn Richard Claessen und seiner Frau Gemahlin Adele, geborene Lucius, verlobte. Als Ort meiner dauernden Tätigkeit wählte ich dann Fritzlar in Hessen, wo ich seit Dezember 1905 praktiziere.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

in Marburg: *Ahlfeld*, *Bach* †, *v. Behring*, *Bonhoff*, *Disse* †, *Enderlen*, *Gasser*, *Otto Hess*, *Kossel*, *Korschelt*, *Kühne*, *Küster*, *Kutscher*, *Mannkopf*, *Marchand*, *Melde*, *Arthur Meyer*, *Hans Meyer*, *Meisenheimer*, *Friedrich Müller*, *Romberg*, *Schenk*, *Ernst Schmidt*, *Tuczeck*, *Zincke*, *Zumstein* †;

in Tübingen: *v. Bruns*, *Döderlein*, *v. Jürgensen*, *Hofmeister*, *v. Liebermeister*, *v. Schleich*, *Siemerling*, *Vierordt*, *Winternitz*.

Außerdem verdanke ich in der späteren Zeit folgenden Herren manche Anregung und Unterweisung:

Benecke, *Brauer*, *O. Bruns*, *Esch*, *Friedrich*, *Gürber*, *Hecker*, *Hohmeier*, *Koenig*, *Kraus*, *Küttner*, *Matthes*, *Eduard Müller*, *Rieländer*, *Sauerbruch*, *Schmidt*, *Stöckel*, *Zangemeister*.

Allen diesen Herren sei an dieser Stelle für ihre freundliche Förderung meines Wissens gedankt.